

Patientennah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung

Hartmann, Anja K.

Preprint / Preprint

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hartmann, A. K. (2003). *Patientennah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung*. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-121422>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

In überarbeiteter Form erschienen in: Egle, C./Ostheim, T. / Zohlnhöfer, R. (Hrsg.) (2003): Das rot-grüne Projekt. Eine Bilanz der Regierung Schröder 1998-2002. Wiesbaden.

Patientennah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung

Anja K. Hartmann

Einleitung

1. Schief lagen im deutschen Gesundheitswesen
2. Phasen der Gesundheitspolitik vor dem Regierungswechsel 1998
3. Ein Überblick über rot-grüne Reformen im Gesundheitswesen
4. Das Reformprofil rot-grüner Gesundheitspolitik
 - 4.1 Politikwechsel oder nicht?
 - 4.2 Der gesundheitspolitische Pfad der Bundesrepublik
 - 4.3 Rot oder grün? Die Farbe der Gesundheitspolitik
 - 4.4 Gesundheitspolitik im Kampf um die Wählerstimmen
 - 4.5 Gesundheitspolitik zwischen Staat und Gesellschaft

Fazit

Einleitung

Das Gesundheitssystem stellt eine der zentralen Säulen des deutschen Wohlfahrtsstaates dar. So waren im Jahr 2000 rund 4 Mill. Personen in diesem Sektor beschäftigt; insgesamt wurden 218 Mill. Euro umgesetzt, was einem BSP-Anteil von 10,7% bzw. einem Ausgabenvolumen von 2660 Euro je Einwohner entspricht (Statistisches Bundesamt 2002). Wäre das Gesundheitssystem ein Wirtschaftssektor im klassischen Sinne, so würde es einen ‚Zukunftsmarkt‘ mit überdurchschnittlichen Innovations- und Beschäftigungspotentialen repräsentieren. Da es sich aber um ein Feld der sozialen Sicherung handelt, werden Umfang und Wachstum des Systems mit Sorge registriert, da sie mit einem Anstieg der Lohnnebenkosten verknüpft sind und somit eine Belastung für den Wirtschaftsstandort darstellen.

Unter diesen Vorzeichen wurden bereits seit den 60er Jahren eine Vielzahl an Reformmaßnahmen eingeleitet, die die Ausgaben des Systems stabilisieren sollten, ohne das Niveau der Versorgung zu senken. Für Experten und Laien ist die Fülle an Gesetzesänderungen gleichermaßen frustrierend – Intransparenz, Grabenkämpfe und Blockadestrategien bescheren der Gesundheitspolitik ein eher schlechtes Image. Obwohl viele Reformpakete in ihren Entwürfen als ‚großer Wurf‘ konzipiert wa-

ren, wurden die einzelnen Maßnahmen beim Gang durch die Institutionen häufig bis zur Unkenntlichkeit verwässert. Auch die rot-grüne Bundesregierung trat im September 1998 mit dem Vorsatz an, das Gesundheitswesen einer umfassenden Reform zu unterziehen. Das Reformprofil der rot-grünen Gesundheitspolitik soll in diesem Beitrag nachgezeichnet werden. Dabei geht es nicht nur um die Erläuterung einzelner Maßnahmen; im Mittelpunkt steht auch die Frage, ob mit dem Regierungswechsel ein strategischer und inhaltlicher Wechsel in der Gesundheitspolitik stattgefunden hat.

1. Schieflagen im deutschen Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen zählt zu den modernsten Systemen weltweit. In bezug auf die Dichte an Einrichtungen und Dienstleistungen nimmt es einen Spitzenplatz ein und die solidarische Absicherung über die *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) ist Vorbild für die Gestaltung anderer Gesundheitssysteme gewesen. Im internationalen Vergleich werden aber auch die Mängel des Systems deutlich (vgl. auch SVR 2001: 18ff., Glaeske u.a. 2001: 5f., Hartmann 2002: 84ff.): So ist das deutsche Gesundheitssystem relativ kostenintensiv und belegt im Ausgabenranking hinter den USA und der Schweiz den dritten Platz. Damit korrespondiert eine hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten: In Deutschland geht der Bürger weit häufiger zum Arzt und konsumiert mehr Arzneimittel als in anderen Ländern. Brisant wird diese Diagnose allerdings erst vor dem Hintergrund, dass wichtige Indikatoren für den Gesundheitszustand schlechter ausfallen als in anderen Ländern: So ist die Lebenserwartung niedriger als in vergleichbaren Wohlfahrtsstaaten, die Morbiditätsraten fallen ungünstiger aus, und hinsichtlich der Zufriedenheit der Bürger mit dem Gesundheitswesen schneidet Deutschland nur mittelmäßig ab. Insofern spricht einiges dafür, dass das deutsche Gesundheitssystem nicht effizient genug arbeitet – einem hohen Input steht ein eher bescheidener Output gegenüber.¹

Die Ursachen für diese Positionierung sind vielfältiger Natur. Für alle fortgeschrittenen Industrienationen gilt, dass gesellschaftliche Entwicklungstrends, aber auch systeminterne Faktoren einen erhöhten Bedarf nach Gesundheitsdiensten auslösen: So führt der medizinisch-technische Fortschritt zu einer Ausweitung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, die demographische Entwicklung und der Wandel des Krankheitsspektrums zu chronisch-degenerativen Erkrankungen gehen mit einem steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegediensten einher (vgl. Schwartz/Walter 1998, Maas u.a. 1996: 31, Siegrist 1998: 110). Im deutschen System kommen aber strukturelle Mängel im System hinzu, die den Problemdruck noch verschärfen:

¹ Wobei der Zusammenhang zwischen der Konstruktion eines Gesundheitssystems und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung möglicherweise nicht so ausgeprägt ist wie vielfach angenommen. Möglich ist auch, dass die Bürger anderer Länder aufgrund anderer Lebensstile und Lebenslagen weniger krankheitsanfällig sind – was sich wiederum auf die Ausgaben des Gesundheitswesens auswirkt.

- Die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung, insbesondere zwischen ambulantem und stationärem Sektor, verursacht hohe Reibungsverluste. Insbesondere chronische Erkrankungen erfordern eine stärkere Integration, bei der präventive, kurative und rehabilitative Leistungen optimal aufeinander abgestimmt werden können.
- Das deutsche Gesundheitssystem ist stark kurativ ausgerichtet; die Ausgaben der GKV für Prävention sind verhältnismäßig niedrig. Dies widerspricht modernen epidemiologischen Erkenntnissen, die auf den engen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Lebenslagen und Lebensstilen verweisen.
- Es fehlen Wettbewerbselemente, die zu ressourcenschonenden und gleichzeitig bedarfsorientierten Leistungen motivieren. Viele Vergütungssysteme beinhalten Anreize zur unnötigen Mengenausweitung; die Vertragsgestaltung zwischen Kassen und Leistungserbringern läßt kaum Spielraum, um effiziente Leistungen zu belohnen.
- Es mangelt an Verfahren einer systematischen Qualitätssicherung, die die Überlegenheit neuer Methoden, Technologien und Arzneien belegt und ihre fehlerfreie Anwendung in der Praxis sicherstellt.
- Einige Erwerbsgruppen (Selbstständige, Beamte) tragen nicht zur Finanzierung der GKV bei, gleichzeitig wird als Beitragsgrundlage nur das Erwerbseinkommen, nicht aber andere Einkommensformen berücksichtigt. Problematisch ist auch die Mitfinanzierung nicht-erwerbstätiger kinderloser Ehepartner.
- Das Gesundheitssystem weist Steuerungsprobleme auf. Das Verhältnis zwischen den zentralen Akteuren der Selbstverwaltung – Kassenverbände und *Kassenärztliche Vereinigungen* (KV) – ist asymmetrisch und schränkt die Leistungsfähigkeit ein. In ihrer Eigenschaft als Interessensvertretung blockieren die Verbände zudem häufig die politischen Steuerungsmaßnahmen.

Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Regierung hat mit ihren Reformkonzepten eine Reihe von Ansatzpunkten vorgelegt, die an den Schief lagen des Gesundheitssystem ansetzen. Bevor jedoch auf diese Maßnahmen eingegangen werden kann, ist ein Überblick über frühere Reformen notwendig. Erst dann kann sich die Frage anschließen, ob wirklich ein Steuerungswechsel in der Gesundheitspolitik zu beobachten ist, und wenn ja, durch welche Merkmale er sich auszeichnet.

2. Phasen der Gesundheitspolitik vor dem Regierungswechsel 1998

Die Mängel im deutschen Gesundheitswesen sind nicht neu - bereits in den 70er Jahren begann sich im Fahrwasser der ersten Wirtschaftsrezession die Reformspirale zu drehen. In den Folgejahren wurde eine beeindruckende Flut an Gesetzesänderungen verabschiedet, die zwar den Ausgabenanstieg kurzfristig begrenzten, aber bis auf eine Ausnahme - keine grundlegenden Kehrtwenden einleiteten. Die Geschichte der Reformvorhaben läßt sich in zwei Phasen einteilen. Die erste Phase wird

auf den Zeitraum zwischen 1975 und 1992 datiert und insbesondere durch die sog. *K-Gesetze* und durch das *Gesundheitsreformgesetz* (GRG) repräsentiert.² Sie wird auch als Phase der traditionellen Kostendämpfungspolitik bezeichnet und weist folgende Merkmale auf (Gerlinger 2002: 8ff., vgl. auch Kania/Blanke 2000):

- Die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik: Mitte der 70er Jahre läutete die Diagnose von der ‚Kostenexplosion‘ im Gesundheitswesen den Beginn der Kostendämpfungsphase ein. Mit ihr wurde die Beitragssatzstabilität in den Rang einer globalen Größe gehoben, an der sich die Akteure in der Gesundheitsversorgung, -finanzierung und -politik zukünftig auszurichten haben.
- Eine vorsichtige Stärkung der Finanzierungsträger gegenüber den Leistungserbringern: Dies erfolgte vor allem durch eine Angleichung und Zentralisierung der unterschiedlichen Handlungsbedingungen auf seiten der Krankenkassen. Hintergrund war die Einsicht, dass das Vertragsmonopol der KVen und die Fragmentierung der Kassenseite zu einer asymmetrischen Machtverteilung zwischen den Akteuren führte, die eine effiziente Steuerung durch die Selbstverwaltung unterminiert.
- Die vorsichtige Korrektur von Angebotsstrukturen bzw. Fehlanreizen auf seiten der Leistungsanbieter: Dazu zählen z.B. die Einführung der kassenärztlichen Bedarfsplanung, die den Anstieg der Arztzahlen begrenzen sollte, die Reform des *Einheitlichen Bewertungsmaßstabes* (EBM), der zu einer gerechteren Honorarverteilung unter den niedergelassenen Ärzten beitrug und die Einführung prospektiver Budgets im stationären Sektor, die die Verweildauer im Krankenhaus verkürzte.
- Ein Trend zur Privatisierung: Für verschiedene Leistungen wurden individuelle Zuzahlungen eingeführt und sukzessive erhöht; vereinzelt wurden Leistungen auch von der Erstattungspflicht der Kassen ausgenommen.

Laut Gerlinger war diese Phase durch den Widerspruch zwischen dem Ziel der Beitragssatzstabilität und den finanziellen Anreizen für die Individualakteure gekennzeichnet (Gerlinger 2002: 10). Für die Leistungserbringer stellten die Vergütungsformen (insbesondere die Selbstkostendeckelung in der stationären Versorgung und die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor) starke Anreize zur Mengenausweitung dar. Die Kassen genossen durch das System der starren Mitgliederzuweisung quasi einen Bestandsschutz; Wettbewerbselemente beschränkten sich auf einzelne Segmente der Pflichtversicherten (Angestellte) und auf freiwillig Versicherte. Auf seiten der Versicherten hingegen war das Zuzahlungsvolumen zu gering, um die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten und -produkten

² *Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz* (KVWG), *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* (KVKG), *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz* (KHKG) sowie *Krankenhaus-Neuordnungsgesetz* (KHNG). Auf die Inhalte einzelner Gesetze kann in diesem Beitrag nur in Ansätzen eingegangen werden. Ein guter Überblick findet sich bei Bandelow 1998 sowie bei Steffen 2002.

zu verringern. Strukturreformen im Gesundheitswesen, also Maßnahmen, die eine Umverteilung der Kompetenzen hinsichtlich Finanzierung, Bereitstellung und Regulierung medizinischer Leistungen intendierten, blieben in jenen Jahren aus.

Ein weiteres Merkmal dieser Phase ist, dass die christlich-liberale Regierung nahtlos an die unter der sozial-liberalen Regierung eingeleitete Strategie anschloss, Kostendämpfungsmaßnahmen mit einer Stärkung der korporatistischen Akteure zu flankieren (vgl. Döhler 1991: 478f.). Dieser Steuerungsmodus ist offensichtlich in einem von Konsenszwängen geprägten Politikfeld der naheliegende Weg, wobei die mäßigen Reformenerfolge aber auch darauf hindeuten, dass der ‚Vorrang für die Selbstverwaltung‘ nicht unbedingt auf einem überlegenen Steuerungspotential beruht. Da die Verbände nicht nur den Gesetzgebungsprozess beeinflussten, sondern häufig auch mit der Umsetzung von Reformen beauftragt wurden, erweitert sich der Spielraum, um Gemeinwohlorientierung durch Interessensorientierung zu unterminieren. Nicht zuletzt deshalb interpretieren Experten das Selbstverwaltungsmodell auch als Begrenzung politischer Steuerungsfähigkeit, bei der die Vorteile (politische Entlastung, ideologische Vereinbarkeit mit dem Subsidiaritätsprinzip) mit der Gefahr der Reformblockade erkaufte werden.

Dass der Staat jedoch auch unter diesen Vorzeichen sein Steuerungspotential ausspielen kann, zeigt in beeindruckender Weise das 1992 verabschiedete *Gesundheitsstrukturgesetz* (GSG), welches den Beginn der zweiten Phase in der deutschen Gesundheitspolitik markiert (vgl. auch Bandelow 1998: 204ff., Mickley/Standfest 1995, Wiesmann 1993). Die wichtigsten Stichworte sind die Einführung der freien Kassenwahl in der GKV, die Einführung des *Risikostrukturausgleichs* (RSA), die Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips im stationären Sektor durch Fallpauschalen und Sonderentgelte und die Einführung eines Arzneimittelbudgets. Das GSG stellt in inhaltlicher Hinsicht einen Richtungswechsel dar, zu einem ‚Jahrhundertgesetz‘ wird es aber auch unter prozessualen Aspekten. Denn hier gelang es den politischen Akteuren erstmals, eine Reform nahezu unbeschädigt durch die gesetzgebenden Instanzen zu lotsen. Dies wurde durch eine große Gesundheitskoalition zwischen CDU/FDP und SPD ermöglicht, die eine Blockadefront der Verbände weitgehend verhinderte. Daher wird das GSG häufig als Resultat eines politischen Lernprozesses interpretiert, der mit der Wiedergewinnung der staatlichen Leistungsfähigkeit gegenüber der Selbstverwaltung einher geht (Hinrichs 1994: 131f.). Es leitet gleichzeitig einen Paradigmenwechsel ein, der durch die Stichwörter Wettbewerb und Anreizstrukturen beschrieben wird (Gerlinger 2002: 7, vgl. auch Kania/Blanke 2000): Die Akteure des Gesundheitssystems (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte) werden in ein Anreizsystem integriert, das sie dazu veranlassen soll, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- bzw. Mengenbegrenzung zu orientieren. Damit

werden korporatistische Steuerungselemente nicht entwertet, erhalten aber einen neuen Rahmen, der stärker gesetzlich determiniert ist.³

3. Rot-grüne Politik im Gesundheitswesen: Ein Überblick

1998 trat die rot-grüne Bundesregierung mit dem Vorsatz an, das Land einer umfassenden Modernisierung im Bereich der Arbeits- und Sozialpolitik zu unterziehen. Auch im Gesundheitswesen wurde der Ruf nach einem Kurswechsel laut: Steigende Arbeitslosigkeit, der Druck, den die Globalisierung auf den Standort ausübt und die erhöhten Belastungen durch die deutsche Wiedervereinigung hinterlassen ihre Spuren im System. Hinzu kam, dass die sog. *dritte Stufe* der Gesundheitsreform keine erfolgreiche Fortsetzung des GSG darstellte und den Problemdruck eher noch verstärkte. Entsprechend ambitioniert waren die Pläne, die im *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) unter der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer erarbeitet wurden. Als Vorbereitung auf die eigentliche Reform wurden zunächst einige Maßnahmen der Vorgängerregierung korrigiert (vgl. FfG 2000). So reduzierte das *Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV* (GKV-SolG) die Selbstbeteiligungen und nahm die Liberalisierung der GKV ein Stück weit zurück (die sog. Gestaltungsleistungen, die die Kassen als zusätzliche Optionen zum Leistungskatalog anbieten konnten, werden gestrichen). Gleichzeitig wurden unter dem Motto „Patientennah. Leistungsstark. Finanzbewusst“ die grundlegenden Elemente einer umfassenden *Gesundheitsreform 2000* konzipiert: Einführung eines Globalbudgets, Reform der Krankenhausfinanzierung, Stärkung der Hausärzte, Förderung von Selbsthilfegruppen, Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, Einführung einer Positivliste, Aufbau einer systematischen Qualitätssicherung sowie die Einführung eines gesamtdeutschen Risikoausgleichs.

Der Entwurf der Reform war von Anfang an Gegenstand heftiger Debatten. Kein anderes Vorhaben hat dabei die Emotionen so geschürt wie die Einführung des Globalbudgets (Glanz 1999, Schönbach 1999). Dieses sollte die Obergrenze für das gesamte jährliche Ausgabenvolumen bestimmen, welches fortan nur um einen von der Regierung vorgegebenen Umfang steigen durfte. Das Globalbudget sollte die bestehenden sektoralen Regelungen nicht außer Kraft setzen, sondern ein Instrument zur flexiblen Finanzsteuerung darstellen - dergestalt, dass die Mittel je nach Versorgungsbedarf zwischen den einzelnen Sektoren verlagert werden können. Als verantwortlich für die Einhaltung waren die einzelnen Kassen vorgesehen. Die Idee stieß sowohl auf politischer Seite wie auch auf Seiten der Verbände auf massive Kritik: Die Leistungsanbieter sahen darin ein Rationierungsinstrument, liberale

³ So wollte auch der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer bei der konkreten Ausarbeitung des GSG nicht auf den Sachverstand der Verbände verzichten. Um die Steuerungsinitiative aber bei den politischen Akteuren zu

Politiker argumentierten, dass die Budgeteinhaltung im Prinzip dieselben vertraglichen Handlungsspielräume erfordert wie eine konsequente Fortschreibung der wettbewerblichen Orientierung - allerdings mit wesentlich höherem bürokratischen Aufwand. Die Kassen sahen sich mit dem Management des Globalbudgets überfordert; Gesundheitsexperten wiesen auf die Schwierigkeiten der Berechnung hin. Entsprechend verhärtet waren bereits die Fronten, als der Entwurf in den Gesetzgebungsprozess eintrat.

Im November 1999 wurde die umstrittene Reform im Bundestag gegen den Widerstand der Opposition durchgesetzt. Der Verabschiedung ging ein mehrstündiges Debakel voraus: Die Opposition bemängelte Fehler im Gesetzestext, denn dieser enthielt Passagen, die tags zuvor im Gesundheitsausschuss nicht beschlossen worden waren. Des weiteren sah sich die Ministerin dem Verdacht ausgesetzt, die Zustimmung der ostdeutschen Länder im Bundesrat erkaufen zu wollen, da sie den Ost-AOKs eine Milliardenhilfe zugesichert hatte. Da absehbar war, dass der Bundesrat dem Entwurf nicht zustimmen würde, lud Fischer die Union und die Länder zu einem Kompromissgespräch ein, was jedoch zurückgewiesen wird. Verschärft wurde die Situation durch die Einschätzung der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* (KBV), dass das Arzneimittelbudget in wenigen Wochen ausgeschöpft sei. Erwartungsgemäß wurde der Entwurf im Bundesrat in einer Totalblockade abgelehnt; der Vermittlungsausschuss splittete die Reform in zwei Gesetze auf: Das zustimmungspflichtige *Gesetz zur Rechtsangleichung in der Gesetzlichen Krankenversicherung* beinhaltet vor allem die Einführung des Risikostrukturausgleichs in den Neuen Ländern. Die übrigen Reformvorhaben werden in dem nicht-zustimmungspflichtigen *GKV-Gesundheitsreformgesetz* zusammengefasst, wobei zwei zentrale Elemente entfallen müssen, da sie die Interessen der Länder berühren: das Globalbudget und die Abschaffung der dualen Krankenhausfinanzierung. Demnach tritt die Reform zum 1.1.2000 mit folgenden Bestandteilen in Kraft (FfG 2000, Sozialpolitische Umschau 2000):

- Leistungen zur primären Prävention sowie die Förderung von Selbsthilfegruppen werden in den Leistungskatalog reintegriert. Für Selbsthilfe ist ein Ausgabevolumen von einer DM pro Versicherten und Jahr vorgesehen, für die Prävention fünf DM. Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern ausserdem mit jährlich zehn Millionen DM Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung.
- Das BMG wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates und auf Grundlage des Instituts für Arzneimittelverordnung eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel zu erlassen, auf deren Grundlage eine Positivliste erstellt werden soll.

verankern, minimierte er bei fast allen Maßnahmen die Aufgaben der Selbstverwaltung und verlagerte die Anordnungen unmittelbar in das Gesetz.

- Mit Einführung der ‚Soziotherapie‘ wird psychisch Kranken eine spezielle Hilfe geboten, bei der individuelle Behandlungspläne aufgestellt und die zur Verfügung stehenden Angebote koordiniert werden.
- Statt der starren dreiwöchigen Regeldauer der Reha-Maßnahmen gibt es künftig eine indikationsabhängige Dauer; die Zuzahlungen werden ausserdem abgesenkt.
- Die Stellung des Hausarztes soll verbessert werden. Hierzu kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, fachärztliche Leistungen nur auf der Grundlage einer hausärztlichen Überweisung in Anspruch zu nehmen, einen Bonus erhalten kann.
- Die starre Aufgabenteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor soll gezielt durchbrochen werden. Die Krankenkassen erhalten hierzu die Möglichkeit, im Rahmen von Modellvorhaben Verträge mit einzelnen Leistungserbringern abzuschließen, die integrierte Versorgungsformen anbieten.
- Die Vergütung im Krankenhaus soll bis Januar 2003 auf ein leistungsorientiertes Fallpauschalensystem umgestellt werden, bei dem jeder Behandlungsfall nach der Art der Erkrankung mit einem festen Entgelt vergütet wird. Dies erfolgt auf Grundlage internationaler Patientenklassifikationssysteme, die als *Diagnosis Related Groups* (DRG) bezeichnet werden (vgl. auch Leber 1999). Die Entwicklung des Systems wird den Kassen-Spitzenverbänden, dem Verband der privaten Kassen und der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* (DKG) übertragen.
- Die Qualitätssicherung wird verschärft. Die DKG, die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der privaten Versicherungen vereinbaren Qualitätssicherungsmaßnahmen und gründen die *Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung* (BQS), die die Krankenhäuser bei der Implementierung der Maßnahmen unterstützen soll.

Andrea Fischer kann die Umsetzung der Reform nur in Ansätzen begleiten; ein Jahr nach Inkrafttreten der Reform musste sie aufgrund der BSE-Krise ihr Amt niederlegen. Nachfolgerin wurde die Sozialdemokratin Ulla Schmidt. Mit ihr wurde der zweite Akt rot-grüner Gesundheitspolitik eingeleitet. Zwei Stichwörter sind hier kennzeichnend: Die Begrenzung der Arzneimittelausgaben und die Reform des Risikostrukturausgleichs. Auftakt für die Reform des Arzneimittelsektor war die Ankündigung Schmidts, nicht nur das Budget für Arzneimittelausgaben, sondern auch die Kollektivhaftung der Mediziner für die letzten beiden Jahre aufzuheben und durch „neue positiv steuernde Instrumente“ zu ersetzen (vgl. zu den folgenden Ausführungen auch Niejahr 2001, Siems 2001, Gehrman 2002).⁴ In den Folgemonaten stiegen die Ausgaben in der GKV dramatisch an; Mitte des Jahres

⁴ Das GSG sah vor, dass Mediziner kollektiv für Budgetüberschreitungen haften. Diese Sanktion ist allerdings nie zur Anwendung gekommen; insofern ist die Streichung des Regresses eine konsequente Maßnahme.

verzeichneten die Kassen ein Defizit von fünf Milliarden DM. Insbesondere der Anstieg der Arzneimittelausgaben stellte mit 11% einen beachtlichen Posten dar und sei, so vor allem die Kritik der Kassen, auf die Ankündigung der Budgetstreichung zurückzuführen. Die Ministerin reagierte mit dem *Festbetrags-Anpassungsgesetz* (FBAG), welches u.a. vorsieht, dass das BMG einmalig eine Anpassung der Festbeträge vornehmen kann – also eine Ankündigung, dass sie die Ausgabensteigerung zu kompensieren gedachte. Dennoch wurden Beitragserhöhungen unvermeidbar: Der durchschnittliche Beitragssatz stieg auf 14%. Im Dezember 2001 wurde mit dem *Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz* (ABAG) der Kollektivregress und das Budget aufgehoben; statt dessen sollte die Selbstverwaltung zukünftig auf regionaler Ebene eine jährliche Vereinbarung über das Ausgabevolumen treffen, welche mit Wirtschaftlichkeitszielen, Umsetzungsmaßnahmen und Controlling verknüpft ist. Sanktionen für die Leistungsanbieter waren nicht vorgesehen, wurden aber als Option eröffnet. Zwei Monate später folgte dann mit dem *Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz* (AABG) ein weiteres Steuerungselement: die sog. ‚aut-idem-Regelung‘. Diese sieht vor, dass der Arzt künftig nur noch Wirkstoffe verschreibt und der Apotheker ein Präparat aus einer diesem Wirkstoff zugeordneten Gruppe an preisgünstigen Medikamenten abgibt (auch die Einhaltung der aut-idem-Regelung ist für den Arzt übrigens freiwillig).

Tab. 1: Beitragssatzentwicklung der GKV

Jahr	BKK	AOK	IKK	EAN	EAR	GKV insgesamt
1991*	11,3	12,8	12,0	12,2	11,1	12,3
1992*	11,4	13,3	12,5	12,4	11,2	12,7
1993*	11,8	13,8	13,0	13,0	12,4	13,2
1.1.1994	11,9	13,8	13,2	13,2	12,4	13,3
1.1.1995	12,0	13,5	13,2	13,2	12,5	13,1
1.1.1996	12,4	13,9	13,2	13,2	12,9	13,4
1.1.1997	12,6	13,8	13,3	13,3	12,9	13,4
1.1.1998	12,8	13,8	13,9	13,9	13,0	13,6
1.1.1999	12,8	13,8	13,8	13,8	13,0	13,6
1.1.2000	12,6	13,8	13,7	13,7	13,6	13,6
1.1.2001	12,5	13,9	13,7	13,7	13,6	13,5
1.1.2002	13,0	14,3	14,3	14,3	14,0	14,0
1.7.2002	13,1	14,2	14,3	14,3	14,0	14,0

* Jahresdurchschnitt

Quelle: BKK 2002

Des weiteren soll das Gesetz die Ankündigung aus dem FBAG umsetzen, und zwar in Form einer Preissenkung von 4% auf alle Arzneimittel. Dieser Vorschlag stieß allerdings auf massiven Widerstand. Die Verbandsvertreter sahen die Arbeitsplätze des Sektors gefährdet und auch Wirtschaftsminister Müller wollte im Zwiegespräch auf Korrekturen drängen. Erfolg hatten die 44 im *Verband*

Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) organisierten Pharmafirmen: Während das Parlament bereits den Entwurf des AABG zur Beratung angenommen hatte, unterbreiteten die Verbandsvertreter dem Kanzler in einem persönlichen Gespräch ein Angebot: Wenn die Regierung den Plan zurücknimmt, erhalten die Kassen von der Industrie eine Kompensation von 200 Millionen Euro. Schröder schlug ein, und als der Bundesrat dann über das ABAG abstimmte, war der ursprünglich vorgesehene Preisabschlag durch einen ‚Solidarbeitrag‘ der Industrie ersetzt. Die Öffentlichkeit war empört; die Rede war von einem Kuhhandel, vom Freikauf der Industrie und von den mafiösen Zuständen im Arzneimittelsektor.⁵

Anders verliefen die Dinge bei der Reformierung des Risikostrukturausgleich (vgl. Korf 2001). Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass der Wechsel der Versicherten zwischen den Kassen ausgeprägter ist als vielfach angenommen. Dabei zeigte sich erstens, dass die Höhe des Beitragssatzes ein wichtiges Motiv für den Kassenwechsel ist, und dass zweitens die Gruppe der Wechsler vor allem aus jungen, gesunden und gut verdienenden Versicherten besteht. Mit anderen Worten: Die Ortskrankenkassen laufen Gefahr, dass sich im Zuge des stärkeren Wettbewerbs auch die Konzentration der ‚schlechten‘ Risiken – Alte, Sozialschwache und chronisch Kranken – verdichtet. Die Debatte endete mit dem Ergebnis: Mehr Wettbewerb ist erwünscht, aber nur unter der Bedingung, dass der RSA korrigiert wird.

In diesem Sinne wurden zwei Gesetze verabschiedet: Im *Gesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrechte* wird die Kündigung zum Jahresende abgeschafft. Versicherungspflichtige können nun mit 2-monatiger Kündigungsfrist die Kasse wechseln, sind aber mindestens 18 Monate an die Kasse gebunden. Zum Jahresende folgte das *Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches in der GKV*: Dieses sieht erstens ab 2003 einen Risikopool für besonders teure Fälle vor (der Schwellenwert beträgt 20.450 Euro; eine Selbstbeteiligung der Kassen von 40% soll negative Anreize verhindern). Zweitens soll ab 2007 ein Chroniker-Pool eingeführt werden, der Anreize für eine effizientere Leistungserbringung bei chronischen Erkrankungen beinhaltet. Zentral sind hier die sog. *Disease-Management-Programme* (DMP), die sektorübergreifend eine Standardisierung der Leistungen erzielen.⁶ Eine Kasse, die für ihre chronischen Patienten künftig keine DMP anbietet, wird doppelt

⁵ Experten fühlen sich an das Schicksal der Positivliste erinnert, die unter Seehofer eingeführt werden sollte. Auch hier gelang es drei „Landesfürsten“ (Clement in NRW, Eichel in Hessen und Schröder in Niedersachsen), auf Wunsch ihrer ansässigen Arzneimittelfirmen die Liste zu kippen. Der Staatssekretär im Gesundheitsministerium überreicht daraufhin dem Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes ein spektakuläres Geburtstagsgeschenk: ein geschreddertes Exemplar der Positivliste in einer Klarsichtfolie.

⁶ Disease Management ist ein Ansatz zur Vereinheitlichung des Vorgehens bei einer Erkrankung mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu steigern. Disease Management ist erstens eng mit Konzept der ‚evidenzbasierten Medizin‘ verknüpft, bei der auf Grundlage von validierten Ergebnissen der klinischen Forschung Leitlinien für eine effiziente Behandlung entwickelt werden. Zweitens ist es integrativ ausgerichtet: Die Programme sind sektor- und

bestraft: Einerseits muss sie über den Chroniker-Pool die DMP anderer Kassen mit finanzieren, andererseits trägt sie die Kosten selbst, die ihre chronisch kranken Versicherten verursachen. Auch wenn die Umsetzung des Chroniker-Pools von Experten als äußerst kompliziert eingeschätzt wird, wird er doch als wichtiges Instrument angesehen, um die Versorgung zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden im Zuge der RSA-Reform auch zwei neue Selbstverwaltungsinstanzen geschaffen: Der *Ausschuss Krankenhaus* soll Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit hin überprüfen, der *Koordinierungsausschuss* gibt Empfehlungen ab, für welche chronischen Erkrankungen Disease-Management-Programme entwickelt werden können.

Abschließend sei noch auf die angekündigten Elemente einer Gesundheitsreform verwiesen, die nach der Bundestagswahl in Angriff genommen werden soll (vgl. FAZ 6.12.01, Handelsblatt 17.5.02). Die zentralen Vorschläge beziehen sich dabei auf die Umsetzung der durch die Gesundheitsreform 2000 beschlossenen Maßnahmen:

- Künftig wird den Kassen in stärkerem Umfang ermöglicht, Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern abzuschließen. Dies soll die integrierten Versorgungsformen vorantreiben, die bislang nur schleppend anlaufen. Ursache ist, dass das Vertragsmonopol der KV nach wie vor zu Einheitsverträgen führt, bei denen innovative Leistungserbringung nur unzureichend in der Vertragsgestaltung berücksichtigt werden kann.
- Auch die Stärkung der Hausärzte bereitet Probleme. So hat die damit einhergehende Aufteilung des Honorartopfes in einen haus- und einen fachärztlichen Teil zu internen Verteilungskämpfen geführt, des weiteren steht die mit der frei einsetzbaren Chipkarte umgesetzte Arztwahlfreiheit den Hausarztsystemen im Wege. Für die nächste Reform wird daher ein eigener Tarif für Hausärzte angedacht; außerdem soll ein freiwilliger elektronischer ‚Gesundheitspass‘ überflüssige Doppeluntersuchungen einschränken.
- Die Einführung des auf den DRGs beruhenden Krankenhausentgeltgesetz wird für das Jahr 2004 beschlossen, parallel soll außerdem auch die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor schrittweise durch ein Fallpauschalensystem ergänzt bzw. ersetzt werden.
- Im Arzneimittelsektor wird die Lockerung der Preisbildung und des Vertriebs (z.B. in Form von Internet-Versand) angedacht. Ein unabhängiges Institut soll des weiteren Kosten und Nutzen neuer Medikamente untersuchen und zusammen mit der Pharmaindustrie die Preise festlegen, die die Kassen für diese Arzneien erstatten.

fachübergreifend angelegt, um der Vieldimensionalität von chronischen Erkrankungen gerecht zu werden. Vorgehen ist, dass sich Patienten, die unter bestimmten chronische Krankheiten leiden, bei ihrer Kasse in ein entsprechendes Disease-Mangement-Programm einschreiben (vgl. Tophoven 2001, Häussler u.a. 2001).

- Um für die Versicherten den Wechsel von der GKV zu den Privatkassen zu erschweren, wird eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf 3375 Euro erwogen; für die beitragsfreie Mitversicherung von Mutter oder Vater während des Erziehungsurlaubs wird eine Finanzierung aus Steuermitteln angedacht.

4. Das Reformprofil der rot-grünen Gesundheitspolitik

4.1 Politikwechsel oder nicht?

Die rot-grüne Gesundheitspolitik setzt die mit dem GSG eingeleitete Phase der Wettbewerbs- und Anreizorientierung fort (vgl. Gerlinger 2002: 18ff.). So ist auch für rot-grün Gesundheitspolitik zuallererst Standortpolitik; daher genießt die Beitragssatzstabilität oberste Priorität. Vertraut ist des weiteren die Strategie, durch die Einführung von Wettbewerbselementen eine effizientere Leistungserbringung zu erzielen - im stationären Sektor durch die Einführung des neuen Fallpauschalensystems, im Bereich der integrierten Versorgung durch die Flexibilisierung der Vertragsgestaltung. Dies wird von einer Stärkung der Selbstverwaltung flankiert: Zentrale Verbände auf Seiten der Kassen und der Leistungserbringer erfahren eine Aufwertung, außerdem werden neue Instanzen der Selbstverwaltung geschaffen.

Ein Politikwechsel hat demnach nicht stattgefunden; allerdings wird die alte Strategie durch neue Akzente flankiert, die eine deutliche Abgrenzung von der Vorgängerregierung darstellen. Als solcher Akzent ist erstens die Stärkung von Solidaritätselementen zu werten, die insbesondere durch die Reform des RSA und durch das GKV-Solidaritätsgesetz zum Ausdruck gebracht wird. Tatsächlich bricht die rot-grüne Gesundheitspolitik mit dem GKV-SolG zunächst mit der Seehofer-Strategie, indem sie Selbstbeteiligungen und Gestaltungsleistungen zurücknimmt und somit Privatisierungsmaßnahmen eine klare Absage erteilt. Die Strategie der Anreizorientierung wird damit aber nicht ausser Kraft gesetzt; sie verlagert sich vielmehr auf die internen Strukturen und Akteure des Systems. Damit geht ein weiterer neuer Akzent einher, nämlich ein stärkerer Bezug auf die Versorgungsebene: Die Reintegration präventiver Maßnahmen, die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, die Einführung von DMP, Qualitätsmanagement und Hausarztmodell sind Beispiele dafür, dass Rot-Grün nicht nur Gesundheitsfinanzierungspolitik betreiben will, sondern auch auf der Versorgungsebene Innovationspotentiale und Spielräume für Effizienzsteigerungen sieht.

In diesem Reformprofil zeigen sich aber auch Widersprüche (vgl. auch Jacobs 1999, Kiep 1999). So stellt sich die Frage, warum die Einführung von Wettbewerbselementen nicht konsequenter angegangen wurde. So wurde in einem Gutachten kürzlich noch die Aufhebung des KV-Monopols empfohlen, was von der Gesundheitsministerin jedoch kategorisch zurückgewiesen wurde (vgl. Glaeske u.a. 2001). Auch die ursprünglich geplante Einführung des Globalbudgets und das starre Festhalten

an der Beitragssatzstabilität deuten darauf hin, dass die Regierung dem Steuerungsinstrument Wettbewerb selbst nicht so recht traut. Ähnliches gilt für das geeignete Maß an Selbstverwaltung: Denn obwohl die Aufwertung der Selbstverwaltung unter Steuerungsaspekten eine durchaus problematische Strategie darstellt, griff die Regierung regelmäßig auf dieses Instrument zurück.

Die rot-grüne Gesundheitspolitik zeichnet sich also durch ‚plurale‘ Rationalitäten aus und schillert in vielen Farben. Was fehlt, ist eine klare Linie, und dies gilt nicht nur für die Inhalte der Reformen, sondern gerade auch für den Gesetzgebungs- und Umsetzungsprozess, der die Maßnahmen in vielen Fällen zusätzlich ‚verwässerte‘. Nicht umsonst ist Gesundheit nicht auf der Liste erfolgreicher Reformvorhaben zu finden, mit der die Regierung im Wahlkampf 2002 zu punkten versucht. Vereinfacht wird die Gesundheitsreform häufig auch als ‚gescheitert‘ bezeichnet – ein Urteil, welches im Vergleich mit anderen Reformvorhaben wie Steuern und Rente gerechtfertigt sein mag, in Relation zu den Gesundheitsreformen der Vorgängerregierungen jedoch eher dem Normalfall entspricht.⁷ Damit stellt sich die Frage nach der ‚Reformresistenz‘ des Gesundheitswesens aber umso dringlicher. Auf den folgenden Seiten sollen daher aus politikwissenschaftlicher Sicht einige Aspekte diskutiert werden, die für das Reformprofil der rot-grünen Gesundheitspolitik und für die Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen aufschlussreich sind.

4.2 Der gesundheitspolitische Pfad der Bundesrepublik

Die Geschichte der gesundheitspolitischen Reformen zeigt zunächst, daß Reformresistenz im Grunde ein irreführender Ausdruck ist. Auffallend ist nämlich, dass nur bestimmte Steuerungsmodi blockiert werden, während andere relativ gute Umsetzungschancen haben. Für dieses Phänomen wurde häufig das Theorem der Pfadabhängigkeit herangezogen, demzufolge sich Reformen immer nur im Kontext eines einmal eingeschlagenen Pfades durchsetzen lassen (vgl. Esping-Andersen 1990, Kohl 1993: 78, Blanke u.a. 2000: 22f.). In Deutschland wird dieser Pfad durch die konservativ-korporatistische Ausrichtung des Wohlfahrtsstaates repräsentiert. Markante Eckpfeiler, die den Kurs im Gesundheitswesen bestimmen, sind demnach die starke Ausrichtung der GKV an der abhängigen Erwerbstätigkeit, die damit einhergehende Differenzierung der Klientel bezüglich GKV und Privatversicherung sowie das korporatistische Arrangement der Gesundheitsversorgung, -finanzierung und -steuerung. Eine Reformierung des Systems ist nach dem Pfadabhängigkeits-Theorem nur im Sinne einer Weiterentwicklung innerhalb dieser Kategorie möglich; liberale oder sozialdemokratische Elemente, die dem Design widersprechen, können – wenn überhaupt – nur unter Widerstand implementiert werden.

⁷ Es könnte daher sein, dass das ‚Jahrhundertgesetz‘ GSG unter prozessualen Aspekten eben keinen Kurswechsel darstellt, sondern eine Ausnahmesituation, die sich in den nächsten neunzig Jahren nicht wiederholen wird.

Dies würde erklären, warum sowohl staatliche (Globalbudget) und marktliche Elemente (flexiblere Vertragsgestaltung) in der rot-grünen Gesundheitspolitik relativ schlechte Chancen hatten, während die Verlagerung auf die Selbstverwaltung problemlos akzeptiert wurde.

Mit Blick auf ausländische Erfahrungen ist aber das Theorem der Pfadabhängigkeit zu relativieren. Borchert zeigte auf, dass es bei einzelnen Wohlfahrtsstaaten durchaus Pfadwechsel gegeben hat oder das Wohlfahrtsstaaten gemischte Kategorien repräsentieren (Borchert 1998; Hartmann 2002: 103ff.). So stellt das niederländische Gesundheitswesen, welches ehemals starke ‚deutsche‘ Züge trug, mittlerweile einen Mix aus liberalen, sozialdemokratischen und konservativen Regularien dar.⁸ Der Pfad mag zwar den institutionellen Rahmen festlegen, in dem sich Reformen bewegen; gleichwohl ist er aber nicht unveränderbar. Wie von Renate Mayntz und Fritz Scharpf im Modell des Akteurszentrierten Institutionalismus beschrieben, besteht zwischen dem institutionellen Setting und den Handlungen der kollektiven Akteure ein dynamischer Zusammenhang (Mayntz/Scharpf 1995): Über die Handlungen kann das institutionelle Setting zementiert, aber auch modifiziert werden, wie es in der deutschen Gesundheitspolitik durch das GSG geschehen ist. Die Frage ist, warum es der rot-grünen Gesundheitspolitik nicht gelang, dies konsequent weiterzuführen? Auf der makrotheoretischen Ebene ist dies nicht zu beantworten; daher lohnt ein genauerer Blick auf die Ebene der kollektiven Akteure. Eine besondere Rolle spielen koalitionsinterne Konflikte, der Wettbewerb um die Wählerstimmen und der Einfluß, den die Verbände auf die Gesundheitspolitik ausüben.

4.3 Rot oder grün? Die Farbe der Gesundheitspolitik

Koalitionsregierungen gehen mit unterschiedlichen ideologischen Standpunkten einher, die sich zu Blockadefaktoren auswachsen können. Obwohl sich die rot-grüne Gesundheitspolitik im Gegensatz zu anderen Politikfeldern durch weitgehenden Konsens auszeichnete, wurden auch hier immer wieder programmatische Unterschiede deutlich, die in Machtkämpfen vor oder hinter den Kulissen ausgetragen wurden (vgl. auch Kania/Blanke 2000: 584ff., Knieps 1999: 11). Von vielen Kritikern wurde angemerkt, dass sich die Grünen - trotz grüner Ministerin - nur unzureichend durchsetzen konnten und die gesundheitspolitischen Maßnahmen weitgehend SPD-Handschrift tragen. Dies ist plausibel, wenn man bedenkt, daß bei der SPD zu vielen Reformmaßnahmen bereits ausgearbeitete Pläne in den Schubladen lagerten, während sozialpolitische Themen im grünen Regierungsprogramm lange

⁸ In den Niederlanden wurde im Zuge der Besatzungszeit das GKV-System zwangsimplementiert. In der Nachkriegszeit orientierte man sich dann am britischen Vorbild und führte eine über Steuern finanzierte Grundsicherung für Basisleistungen ein. Liberale Elemente spiegeln sich vor allem in der Debatte um Kern- und Wahlleistungen wieder, die seit dem sog. Dekker-Plan intensiv geführt wird. Damit korrespondiert eine wesentlich geringere Beitragsbemessungsgrenze und eine größere Anzahl an Privatversicherten und privaten Zusatzversicherungen (vgl. auch Hartmann 2002: 133ff.).

Zeit weitgehend ausgeblendet blieben. Im Gegensatz zu genuin ‚grünen‘ Politikfeldern wie Umwelt oder Außenpolitik waren die Grünen in diesem Feld nur in Ansätzen auf eine Regierungstätigkeit vorbereitet; ein spezifisch gesundheitspolitisches Profil entwickelte sich erst im Laufe der Legislaturperiode. Zu den markanten Punkten dieses Profils zählt erstens eine stärkere staatliche Steuerung des Systems⁹ (Positivliste, Globalbudget, Verbreiterung der Einnahmegrundlagen der GKV durch die Einbeziehung anderer Einkommensarten, Finanzierung von Basisleistungen durch Steuern), der Bezug auf die Versorgungsebene (insbesondere durch das Hausarztmodell) und ein konsequentes Festhalten an der Beitragssatzstabilität. Insbesondere der erste und letzte Punkt führte zu Auseinandersetzungen mit dem großen Koalitionspartner.

In der ersten Ära unter Andrea Fischer wirken sich allerdings die persönlichen Auseinandersetzungen zwischen der grünen Gesundheitsministerin und dem SPD-Sozialexperten Rudolf Dreßler gravierender aus als inhaltliche Differenzen. Fischer betrat mit dem Gesundheitswesen Neuland; ihr eigentliches Feld war die Rentenpolitik. Ihr kam aber der Verdienst zu, das Thema Sozialpolitik für Bündnis 90/Die Grünen umfassend aufgearbeitet zu haben. Ihre Stärke wurde vor allem in konzeptionellen Fähigkeiten gesehen; bezweifelt wurde, ob sie hinreichend belastbar sei und über ausreichendes strategisches Geschick im ‚Haifischbecken‘ Gesundheitssystem verfügte. Über dieses Kapital verfügte wiederum Dreßler, der in der ‚Großen Gesundheitskoalition‘ mit Seehofer das GSG durchgesetzt hatte und insbesondere im Umgang mit den SPD-geführten Ländern wertvolle Erfahrungen sammelte. Dreßler verfolgte wiederholt eigene Strategien, beispielsweise, in dem er den Ärzte- und Kassenverbänden ein Bündnis anbot und vor der Verabschiedung der Gesundheitsreform 2000 einen eigenen Entwurf vorlegte, in dem von dem Globalbudget und der Abschaffung der dualen Finanzierung der Krankenhäuser Abstand genommen wurde. Eine ‚glatte‘ Umsetzung der Gesundheitsreform 2000 war dadurch von Anfang an in Frage gestellt; bei der Abstimmung im Bundesrat lehnten selbst die SPD-geführten Länder den Gesetzesentwurf einheitlich ab. Als Vorsitzender des Vermittlungsausschusses hat Dreßler der Gesundheitsreform doch noch zu einem Durchkommen verholfen, bezeichnenderweise ohne Globalbudget und ohne Abschaffung der dualen Finanzierung.

Durch Dreßler war die Gesundheitspolitik bereits unter Fischer stark SPD-geprägt; daher war unter der neuen SPD-Ministerin Schmidt auch nicht von einer fundamentalen Neuausrichtung der Gesund-

⁹ Eine stärkere staatliche Steuerung muss nicht wie häufig angenommen im Widerspruch zu Anreizstrukturen und Wettbewerbselementen stehen. Beides kann Hand in Hand gehen – eine Strategie, die in den Niederlanden als ‚managed liberalisation‘ beschrieben wird: Der Staat konkretisiert dabei Regeln und Verfahren via Gesetz, verlagert aber die Eigenverantwortlichkeit durch Dezentralisierung von der Ebene der Verbände auf die einzelnen Leistungsträger (vgl. Hartmann 2002, Veen 1998). Eine ähnliche Strategie wurde nicht nur mit dem Globalbudget, sondern auch mit dem neuen Fallpauschalensystem, den Disease-Management-Programmen oder den Maßnahmen zur

heitspolitik auszugehen. Auch in dieser zweiten Ära kommt es zu Konflikten mit dem grünen Koalitionspartner. Streitpunkt ist beispielsweise, dass die mit der Gesundheitsreform 2000 beschlossene Positivliste nicht eingeführt wird, sondern es stattdessen zu einer Streichung des Arzneimittelbudgets kommt. Bei der Reform des RSA setzen sich dann die Grünen gegen die SPD durch und verhindern die Einführung eines einheitlichen Beitragssatz von 12,5% mit dem Argument, dass die Senkung der Lohnnebenkosten auch bei der Reform des Gesundheitswesens oberste Priorität sein müsse. Im Unterschied zum Konflikt zwischen Dreßler und Fischer, der hinter den Kulissen in persönlichen Machtkämpfen ausgetragen wird, werden die Meinungsverschiedenheiten aber offener und sachlicher debattiert und wachsen sich nicht zu einem ernstzunehmenden Blockadefaktor aus. Für den Reformstau in dieser Phase ist daher die folgende These des Parteienwettbewerbs aussagekräftiger.

Zuvor soll jedoch noch auf die Rolle der Opposition eingegangen werden. In bezug auf die Reformierbarkeit des Gesundheitswesens wurde immer wieder - nicht zuletzt von Horst Seehofer - angemerkt, dass 'echte' Reformen aufgrund der starken Vetomöglichkeiten eigentlich nur in einer großen Gesundheitskoalition durchzusetzen sind. Daher ist auch danach zu fragen, wie die Position der Opposition in Bezug auf ein mögliches Bündnis zu werten ist. Zunächst ist es nicht einfach, vor dem Hintergrund des Spendenskandals und der personellen Veränderungen der CDU einen gesundheitspolitischen Kurs zu bestimmen. Ein roter Faden läßt sich aber in den Debatten um Kern- und Wahlleistungen erkennen, die - obwohl in der Opposition auch nicht einheitlich vertreten - immer wieder als entscheidende Voraussetzung für Gespräche genannt wurden. Die Aufsplittung des Leistungskatalogs in Kernleistungen und privat zu finanzierende Wahlleistungen war jedoch undenkbar, da sie wesentliche Paradigmen der rot-grünen Gesundheitspolitik ausgehebelt hätte.¹⁰ Die Opposition hingegen machte auch die Zustimmung zu anderen Sachfragen von diesem Thema abhängig und blockierte somit die Aktivitäten der Bundesregierungen auf ganzer Linie. Insofern standen die Chancen für eine große Gesundheitskoalition von Anfang an schlecht, was insbesondere zum Scheitern der Gesundheitsreform 2000 beigetragen hat.

4.4 Gesundheitspolitik im Kampf um die Wählerstimmen

Regierungsparteien sind nicht nur an der Durchsetzung ihrer politischen Programme, sondern auch am Machterhalt interessiert. Insofern ist die mögliche Umsetzung von Reformen auch immer an den

Qualitätssicherung verfolgt. Insofern sind Bündnis 90/Die Grünen auch keine wettbewerbsfeindliche Partei der 'staatlichen Steuerung', wie häufig suggeriert wird.

¹⁰ Dies ist die offizielle Version, hinter den Kulissen lassen sich jedoch auch andere Anzeichen finden. So soll Fischer selbst mit der Idee der Kern- und Wahlleistungen geliebäugelt haben, obwohl gerade beim Stichwort Alternativmedizin für die Grünen die Gefahr bestand, damit die eigene Klientel zu verschrecken. In der Phase

Wettbewerb um Wählerstimmen gebunden. In dieser Hinsicht weisen die Phasen rot-grüner Gesundheitspolitik unter den beiden Ministerinnen Unterschiede auf: Unter Fischer ist das Reformgeschehen intensiv, unter Schmidt gemäßigt. Dies spiegelt den Grad an Reformintensität in der Bundesregierung insgesamt wieder. Vor der Bundestagswahl 1998 hatte die SPD die Sozialpolitik auf breiter Front zu einem Thema des Wahlkampfes gemacht. Die Wählerversprechen bezogen sich einerseits darauf, den unter Kohl betriebenen ‚Sozialabbau‘ und die ‚Spaltung der Gesellschaft‘ durch Korrekturen zurückzunehmen, und zweitens die Reformblockade im deutschen Sozialstaat zu durchbrechen und eine umfassende ‘Modernisierung’ der sozialen Sicherungsfelder einzuleiten. Das Thema Gesundheit stand zu Beginn der Legislaturperiode weit oben auf der Liste dieser Reformagenda; entsprechend engagiert ging Fischer an die Arbeit. Das erste Versprechen war relativ schnell durch das GKV-SolG einzulösen; für die Umsetzung des zweiten Versprechens wurde ein ‚großes‘ Reformvorhaben als erforderlich angesehen, welches die Defizite des Systems gleichzeitig an mehreren Fronten angehen sollte.

Unter wahlstrategischen Gesichtspunkten war somit die Gesundheitsreform 2000 notwendig, um Wählern, Experten und Verbänden zu beweisen, dass man die Probleme des Gesundheitssystems nicht auf die lange Bank schieben wollte. Unter Steuerungsaspekten war dies jedoch ein Risiko, denn große Reformen tangieren meistens die Interessen verschiedener Akteure und fördern somit die Bildung von Vetokoalitionen. Nicht umsonst wurde Fischer der Vorwurf gemacht, sie habe in kürzester Zeit die wichtigsten Akteure der Gesundheitspolitik (die Ärztelobby, die Opposition, die Länder und eben auch Rudolf Dreßler) gegen sich aufgebracht. Somit kristallisiert sich bereits im Vorfeld der Gesundheitsreform 2000 heraus, dass das Gesundheitswesen nicht unbedingt das geeignete Politikfeld ist, um die Modernisierung des Sozialstaates exemplarisch zu veranschaulichen. Ein Jahr nach Verabschiedung der Reform verschieben sich dann in der BSE-Krise endgültig die politischen Prioritäten. Mit der ‘Agrarwende’ wird ein neues Thema in Angriff genommen, welches insbesondere den Grünen, aber auch der Bundesregierung insgesamt nach der gescheiterten Reform neue Profilierungsmöglichkeiten bietet. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Wende nur mit unbelasteten Akteuren umzusetzen ist: Joschka Fischer und Fritz Kuhn legen der Gesundheitsministerin in einem Krisengespräch unter sechs Augen den Rücktritt nahe, worauf hin Fischer ihr Amt niederlegt.¹¹

Schmidt werden Kern- und Wahlleistungen in einem Papier aus dem Kanzleramt als neue gesundheitspolitische Option diskutiert; mit einem ähnlichen Vorschlag geht auch Wirtschaftsminister Müller an die Öffentlichkeit.

¹¹ Auslöser für ihren Rücktritt waren Fehler im Krisenmanagement: Eine Warnung über BSE-verseuchte Wurst war länger als eine Woche unterwegs, bevor sie den Schreibtisch der Ministerin erreichte. Mit dem Ministerwechsel geht gleichzeitig auch eine Umschneidung der ministeriellen Zuständigkeiten einher: Der Verbraucherschutz wandert aus dem Gesundheits- in das Landwirtschaftsministerium unter die Leitung von Renate Künast.

Mit dem Amtsantritt der SPD-Politikerin Ulla Schmidt tritt die rot-grüne Gesundheitspolitik in eine neue 'harmonische' Phase. Dies liegt nicht nur an dem persönlichen Stil der Ministerin, deren Stärke vor allem in Konsens- und Dialogfähigkeit gesehen wird, sondern auch an der ‚Politik der ruhigen Hand', die ein halbes Jahr nach ihrem Amtsantritt das politische Geschehen zu bestimmen beginnt. Die erste Aufgabe der neuen Ministerin besteht darin, die verhärteten Fronten zwischen BMG und Verbänden zu entspannen, die die Gesundheitsreform 2000 hinterlassen hatte - unter anderem durch die Ankündigung, das Arzneimittelbudget aufzuheben. Spätestens Mitte 2001, beim Anstieg der Gesundheitsausgaben, wird jedoch bei Kassen und in der Öffentlichkeit Kritik an diesem Regierungsstil laut: Er stelle zwar die Ärzte ruhig, manövriere aber an den eigentlichen Problemen des Gesundheitswesens vorbei. Beim ‚Arzneimittelbonus' der Industrie schlägt die Kritik in Empörung um, zumal immer deutlicher wird, dass auf Wunsch des Kanzlers alle gesundheitspolitischen Aktivitäten in die neue Legislaturperiode verschoben werden sollen. Auch politische Akteure sehen in dieser Phase deutlichen Reformbedarf: So kursiert zu dieser Zeit ein Papier aus dem Kanzleramt, welches aber dementiert wird; gleichzeitig macht Wirtschaftsminister Müller einen Vorstoß und fordert gesundheitspolitische Maßnahmen. In beiden Fällen wird aber mit dem Thema Kern- und Wahlleistungen eine ohnehin umstrittene gesundheitspolitische Option aufgegriffen, die die Wählerklientel der Regierung abschrecken könnte.

Insgesamt ist die zweite Phase der rot-grünen Gesundheitspolitik eher durch die Strategie der 'Nicht-Entscheidung' gekennzeichnet, auch wenn mit den Arzneimittelmaßnahmen und der Reform des RSA wichtige Regulierungen umgesetzt werden. Angesichts des bevorstehenden Wahlkampfes ist diese Politik verständlich, denn gerade vor dem Hintergrund der gescheiterten Gesundheitsreform 2000 bietet das Thema Gesundheit eine zu große Angriffsfläche. Andererseits wurde gerade zu dieser Zeit große Reformbereitschaft von Seiten der Öffentlichkeit, von den Kassenverbänden und auch von politischen Akteuren signalisiert. Durch die Tatenlosigkeit der Regierung ist hier vielleicht eine zweite Chance verspielt worden, grundlegende Weichenstellungen im Gesundheitswesen vorzunehmen.

4.5 Gesundheitsreformen zwischen Staat und Gesellschaft

So bleibt abschließend zu klären, welche Rolle die gesellschaftlichen Akteure in der Gesundheitspolitik spielen. Hier ist zunächst eine wichtige Differenzierung einzuführen, die bislang unter dem Stichwort ‚Korporatismus' nicht vorgenommen wurde: Der Unterschied zwischen Verbandseinfluß und Selbstverwaltung (vgl. auch Mayntz 1997). Ersterer fragt nach dem Einfluss, den die Interessensvertretungen der Ärzte, Kassen und Pharmaindustrie auf die Gesundheitspolitik ausüben, letztere bezieht sich auf die Steuerungskompetenzen der gesellschaftlichen Akteure in der Gesundheitsversorgung und -finanzierung. Unter analytischer Perspektive sind beide Aspekte getrennt zu behandeln; faktisch

aber handelt es sich um identische Akteure¹² und genau dies kann den Umsetzungsprozess einer Reform entscheidend beeinflussen.

Was die Verbände anbelangt, so schwebt gerade im Gesundheitswesen der ‚Mythos der unbezwingbaren Verbandsmacht‘ über allen Reformvorhaben.¹³ So wurde schon zu Anfang der Legislaturperiode gewarnt, dass "rot-grüne Zitterpartien mit sichtbaren persönlichen Eitelkeiten und Konfliktlösungen aus dem Kanzleramt (...) der Gesundheitslobby keinesfalls die Zähne ziehen" würden (Knieps 1999: 13). Die Strategie weist dabei unter beiden Ministerinnen Unterschiede auf: Fischer signalisierte den Verbänden zwar Dialogbereitschaft, ließ aber keinen Zweifel darüber aufkommen, dass sie notfalls Reformen gegen alle Widerstände durchsetzen würde. Der Widerstand, den die Ärzteverbände mobilisierten, war entsprechend massiv, wobei vor allem das Globalbudget, aber auch die Lockerung des KV-Monopols im Rahmen der integrierten Versorgung zur Disposition standen.¹⁴ Das Verhältnis zum Gesundheitsministerium entspannte sich erst wieder unter Schmidt: Die Aufhebung des Arzneimittelbudgets und des Kollektivregresses wird von den Ärzteverbänden begrüßt, die Dialogbereitschaft der Ministerin als äußerst positiv bewertet. Dafür gerät das Verhältnis zu den Kassen im Zuge des Anstiegs der Arzneimittelausgaben in eine Krise; die Tatenlosigkeit der Politik wird scharf kritisiert, wobei die ‚Lösung aus dem Kanzleramt‘ bezüglich der Arzneimittelabgabe das Verhältnis zusätzlich belastet. Aber auch das Verhältnis zu den Ärzteverbänden kühlt sich gegen Ende der Legislaturperiode merklich ab. Ursache sind diverse vom BMG rezipierte gegebene Gutachten (z.B. das von Glaeske u.a. 2001), die u.a. die Aufhebung des KV-Monopols fordern. Auch der unter Schmidt eingerichtete Runde Tisch, an dem Vertreter der wichtigsten Verbände zusammenkommen, bleibt weit hinter seinen selbstgesteckten Zielen zurück: Es reicht letztlich nur für Empfehlungen - Eckpunkte für eine nächste Reform werden nicht ausgearbeitet.

Unter Fischer wirkt sich also die Verhärtung der Fronten kontraproduktiv aus, unter Schmidt hat jedoch die starke Konsensausrichtung ebenso negative Wirkungen. Ob aber der Einfluss der Verbände wirklich die entscheidende Variable für den Erfolg oder Mißerfolg einer Reform ist, ist umstritten.

¹² Hierbei handelt es sich natürlich um eine fast unzulässige Vereinfachung. Denn die wesentlichen Akteure der Selbstverwaltung, nämlich KVen und Kassenverbände, sind keine ‚normalen‘ Interessensverbände, da ihre Mitgliedschaft auf Zwang beruht und ihre Aufgaben und internen Strukturen öffentlich-rechtlich geregelt sind.

¹³ Der Ursprung dieses Mythos geht auf die Reformversuche von 1960 und 1964 unter Minister Blanke zurück, wobei Untersuchungen zeigen, dass nicht nur der Widerstand der Verbände für das Scheitern der Reformen verantwortlich war, sondern auch die Tatsache, dass Blanke weder innerhalb der eigenen Fraktion noch bei seinen Kabinettskollegen ausreichende Unterstützung genoss (vgl. Alber 1992: 60, Bandelow 1998: 177ff.).

¹⁴ So wurde direkt nach Bekanntgabe des Entwurfs das ‚Bündnis für Gesundheit‘ gegründet, eine Allianz mehrerer Berufsverbände, die Informationskampagnen, Meinungsumfragen und Demonstrationen organisierte. Die Kassen hingegen, die der Reform positiver gegenüberstanden (sie ging schließlich mit einer Aufwertung ihrer Kompetenzen einher), starteten die Gegenkampagne ‚Schluss mit den Märchen‘, in der die Aktivitäten der Ärzteverbände als gezielte Panikmache bezeichnet werden.

ten. Diverse Beiträge verneinen dies (so Mayntz 1997: 213ff.): Entscheidend sei, welche Möglichkeiten die Politik lasse, um Reformen aufzubrechen. Im Falle des Solidarbeitrags der Arzneimittelindustrie liegt dieser Zusammenhang klar auf der Hand, in anderen Fällen wird ein unmittelbarer Einfluss auf den politischen Entscheidungsprozess nur schwer zu beweisen sein. Offensichtlicher ist hingegen, dass den verbandlichen Akteuren über die Institutionen der Selbstverwaltung auch nach der Verabschiedung einer Reform Einflussmöglichkeiten bleiben.

In Bezug auf die Selbstverwaltung wurde bereits erwähnt, dass deren Aufwertung auch unter Rot-Grün ein zentrales Instrument zur Umsetzung von Reformmaßnahmen ist (vgl. auch Gerlinger 2002: 21ff.). So wird das Aufgabenspektrum des *Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen* (BAK) erweitert, indem nicht mehr nur neu in den GKV-Katalog aufzunehmende Leistungen, sondern zukünftig alle Leistungen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit überprüft werden sollen. Die Ausgestaltung des auf DRGs beruhenden Fallpauschalensystems im Krankenhaus wird der DKG und den Spitzenverbänden der Kassen übertragen, ebenso wird die Aushandlung über das jährliche Ausgabevolumen für Arzneimittel den Selbstverwaltungsinstanzen anvertraut. Des weiteren werden mit dem BQS, dem *Ausschuss Krankenhaus* und dem *Koordinierungsausschuss* neue Institutionen der Selbstverwaltung eingerichtet, die für die Regulierung der stationären Versorgung zuständig sind. Die Aufwertung der Selbstverwaltung steht demnach unter zwei Vorzeichen: Erstens soll auch im stationären Sektor eine dem ambulanten Sektor vergleichbare Selbstverwaltungsstruktur geschaffen werden, zweitens wird die Machtverteilung in der Selbstverwaltung zugunsten der Kassen korrigiert.

Der Rückgriff auf die Selbstverwaltung steht in engem Zusammenhang mit der Ökonomisierung der medizinischen Versorgung, denn für die Implementation von Wettbewerbsmechanismen müssen unter den Leistungserbringern erst entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden. Dies erfordert erstens ein hohes Maß an Expertenwissen, über das die staatlichen Akteure nicht verfügen. Und zweitens entlastet diese Strategie die politisch Verantwortlichen von Legitimationsrisiken, denn mit der Ausgabenbegrenzung wächst auch die Gefahr von Versorgungsmängeln. Andererseits führt diese Strategie auch zu Verzögerungen im Reformprozess (vgl. auch Korf 2001: 29, Glaeske u.a. 2001: 9f.). So bleibt die Umsetzung des neuen Fallpauschalensystems weit hinter dem Fahrplan zurück, und auch bei der Formulierung der Kriterien für die Disease-Management-Programme rechnen Experten mit erheblichen Verzögerungen und Konflikten zwischen den Partnern der Selbstverwaltung. Das Hausarztmodell kommt wegen interner Verteilungskämpfe zwischen Haus- und Fachärzten nur schleppend in Gang und für den Arzneimittelsektor wird mittlerweile ein unabhängiges Institut angedacht, da eine Positivliste von den Akteuren der Selbstverwaltung bislang nicht umgesetzt wurde.

Diese Verzögerungen verwundern nicht, denn schließlich kollidiert in den Instanzen der Selbstverwaltung der gesetzliche Auftrag mit den verbandlichen Interessenslagen der Akteure. Somit erhöht sich mit dem Umsetzungsauftrag der Spielraum, die Interessen der eigenen Klientel über Verzögerungen im Reformprozess zu bedienen. Nicht umsonst zeichneten sich reformpolitische Maßnahmen in anderen Wohlfahrtsstaaten wie beispielsweise den Niederlanden häufig durch Einschränkungen der Selbstverwaltung aus bzw. durch deren verstärkte Evaluation und Kontrolle: Entweder wurde der Spielraum durch konkretere gesetzliche Vorgaben eingeschränkt oder es wurden neue Instanzen geschaffen, die auf unabhängiger Basis operieren bzw. mit staatlichen Akteure ‚durchgesetzt‘ sind. Im Rahmen der rot-grünen Gesundheitspolitik wurde über derartige Strategien nur ansatzweise nachgedacht, obwohl dadurch die Umsetzung von Reformen besser kontrolliert und beschleunigt werden könnte.

Fazit

Ein Politikwechsel hat sich unter der rot-grünen Regierung im Gesundheitswesen nicht vollzogen: Die 1992 mit dem GSG eingeleitete Phase der Wettbewerbs- und Anreizorientierung wurde fortgesetzt, auch wenn sich mit der stärkeren solidarischen Orientierung und dem Bezug auf die Versorgungsebene neue Akzente beobachten lassen. Gleichzeitig weist das rot-grüne Reformprofil Widersprüche und Inkonsistenzen auf, die letztlich auch dazu führen, dass der Erfolg der Maßnahmen eher moderat ist. Dies wird plausibel, wenn man den institutionellen Kontext, die Akteure und ihre Interessen in den Blick nimmt. So zeigt sich, dass Reformelemente, die dem konservativ-korporatistischen Steuerungsmodus widersprechen, besonders schwer umzusetzen sind. Des weiteren vollzieht sich im Zuge des Ministerwechsel ein Wechsel hinsichtlich Strategie und Reformintensität: Unter Fischer ist das Reformgeschehen intensiv und konfliktorientiert, unter Schmidt zurückhaltend und konsensorientiert. Beiden Phasen ist jedoch gemeinsam, dass ein geschlossenes Vorgehen von seiten der politischen Akteure fehlt, des weiteren werden Blockademöglichkeiten durch den Wettbewerb um Wählerstimmen und die enge Verflechtung von Verbandseinfluss und Selbstverwaltung begünstigt.

Literatur

Alber, Jens (1992): Bundesrepublik Deutschland, in: Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B., Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt a. Main, S. 31-177.

Bandelow, Nils (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessensgruppen? Opladen.

BKK (2002): Statistische Informationen der BKK, unter: <http://www.bkk.de/ihre-bkk/statistiken>, zuletzt abgerufen am 12.9.2002.

Blanke, Bernhard u.a. (2000): Sozialstaat im Wandel. Wissenschaftliche Eingangsuntersuchung für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW. Düsseldorf.

Borchert, Jens (1998): Ausgetretene Pfade? Zur Statik und Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Regimes, in: Lessenich, S./Ostner, I. (Hrsg.), Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Frankfurt a. Main.

Döhler, Marian (1991): Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozial-liberaler und christlich-liberaler Reformen im Gesundheitswesen, in: Blanke, B./Wollmann, H. (Hrsg.), Die alte Bundesrepublik. Kontinuität und Wandel. Leviathan Sonderheft 12/1991. Opladen, S. 463-481.

Esping-Andersen, Gösta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge.

FfG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie (2000): Sozialpolitische Neuregelungen 1999 und 2000. Änderungen im Bereich der Krankenversicherung. <http://www.sozialpolitik-lehrbuch.de/chronik3.htm>, zuletzt abgerufen am 3.7.2000.

Gehrmann, Wolfgang (2002): Handel mit Hautgout, in: Die Zeit 06/2002. http://www.zeit.de/2002/Wirtschaft/print_200206_pharamalobby.html, zuletzt abgerufen am 16.8.02

Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Wissenschaftszentrum Berlin, Discussion Paper, P02-294, Berlin.

Glaeske, Gerd u.a. (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin.

Glanz, Alexander (1999): Haushaltsplanung 2000 und Globalbudget, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 9/99, S. 443-452.

Hartmann, Anja (2002). Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitswesens in den Niederlanden und der Bundesrepublik. Opladen.

Häussler, Bertram u.a. (2001): Disease Management in der GKV – Konzept für die Durchführung, in: Arbeit und Sozialpolitik 9-10/01, S. 30-34.

Hinrichs, Karl (1994): Restrukturierung der Sozialpolitik? Das Beispiel der Gesundheitspolitik, in: Riedmüller, B./Olk, T. (Hrsg.), Grenzen des Sozialversicherungstaates. Leviathan Sonderheft 14/94. Opladen, S. 119-146.

Jacobs, Klaus (1999): Ein Schritt vor, ein Schritt zurück. Widersprüchliche Regelungen zur Weiterentwicklung der wettbewerblichen Orientierung der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik 9-10/99, S. 10-15.

Kania, Helga/Blanke, Bernard (2000): Von der „Korporatisierung“ zum „Wettbewerb“. Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren, in: Czada, W./Wollmann, H. (Hrsg.), Von der Bonner zur Berliner Republik. Wiesbaden.

Knieps, Franz (1999): Der Spitzentanz im Haifischbecken – Die Diskussion um Reformen im Gesundheitswesen im Widerstreit von unterschiedlichen Politikansätzen und organisierten Interessen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 1-2/99, S. 10-19.

Kohl, Jürgen (1993): Der Wohlfahrtsstaat in vergleichender Perspektive – Anmerkung zu Esping-Andersen's „Three Worlds of Welfare Capitalism“, in: Zeitschrift für Sozialreform 39/93, S. 67-82.

Korf, Claudia (2001): Am Anfang war das Wort... Zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik 7-8/01, S. 26-31.

Leber, Wulf-Dietrich (1999): DRG-Fallpauschalen als Kern einer Reform der Krankenhausentgelte, in: Arbeit und Sozialpolitik 3-4/99, S. 40-46.

Maas, P.J. u.a. (1996): The future of health and health care of the Dutch, in: Gunning-Schepers, L.-J. (Hrsg.), Fundamentatl questions about the future of Dutch health care. Den Haag.

Mayntz, Renate (1997): Soziale Dynamik und politische Steuerung. Frankfurt a. Main.

Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995): der Ansatz des Akteurszentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, R./Scharpf, F.W. (Hrsg.), Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung. Frankfurt a. Main.

Mickley, Birgit/Standfest, Erich (1995): Szenarien für die nächste Reformstufe im Gesundheitswesen, in: WSI-Mitteilungen, Heft 6/95, S. 374-384.

Niejahr, Elisabeth (2001): Deutschlands kranke Kassen, in: DIE ZEIT, 31/01.

Schönbach, Karl-Heinz (1999): Gesundheitsreform 2000. Die Grausamkeiten kommen erst noch, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 6/99, S. 279-287.

Schwartz, Friedrich F./Walter, Ulla (1998): Altsein – Kranksein? In: Schwartz, Friedrich W. (Hrsg.), Das Public Health Buch. München.

- Siegrist, Johannes (1998): Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz, Friedrich W. (Hrsg.), Das Public Health Buch. München.
- Siems, Dorothea (2001): Nur die Beitragszahler haben keine schlagkräftige Lobby, in: Die Welt, 13.11.2001. <http://www.welt.de/daten/2001/11/13/1113wi295334.htm>, zuletzt abgerufen am 27.9.02.
- Sozialpolitische Umschau (2000): Reform des Gesundheitswesens. Heft 35/00, S. 3-8.
- Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheit. Ausgaben 1992 bis 2000. Wiesbaden.
- Steffen, Johannes (2002): Sozialpolitische Chronik. Die wesentlichen Änderungen in der Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie bei der Sozialhilfe (HLU) – von den siebziger Jahren bis heute. Manuskript, Stand Jan. 2002, Arbeitnehmerkammer, Bremen. <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/neuregelungenx.htm>, zuletzt abgerufen am 16.8.02
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Bd 1 und 2, Kurzfassung. <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/berichtex.htm>, zuletzt abgerufen am 16.8.02
- Tophoven, Christina (2001): Disease-Management und integrierte Versorgung – zur Reichweite zweier gesundheitspolitischer Konzepte, in: Arbeit und Sozialpolitik 11-12/01, S. 30-38.
- Veen, Romle van der (1998): An organized Future? The Reform of the Dutch Welfare System in theoretical Perspective. Vv. Ms. University of Twente. Enschede
- Wiesmann, Reimund (1993): Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes auf das Leistungsrecht, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 1/93, S. 15-24.